

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família**

Yojander Vega Aroche

**Plano de ação para o controle da hipertensão arterial da
unidade básica de saúde Guaxindiba em Aracruz – ES.**

Rio de Janeiro
2014

Yojander Vega Aroche

**Plano de ação para o controle da hipertensão arterial da unidade básica
de saúde Guaxindiba em Aracruz – ES.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado, como requisito parcial para
obtenção do título de especialista em
Saúde da Família, a Universidade Aberta
do SUS.

Orientadora: Dra. Karen André Oliveira Xavier

Rio de Janeiro

2014

RESUMO

No que se refere à DCNT, a incidência de hipertensão arterial tem afetado a milhões de pessoas no mundo, ocasionado danos à saúde, assim como alto custo social e grande impacto no perfil de morbi-mortalidade da população brasileira. Após a realização do diagnóstico situacional do território estudado foi possível identificar que o problema de maior relevância na equipe 025 do posto de saúde Guaxindiba foi a alta incidência de pacientes com hipertensão arterial, e fatores de riscos para complicações próprias da doença, pelo qual foi vislumbrado o projeto de intervenção com o objetivo de propor um plano de ação que possibilite a modificação dos fatores de risco dos pacientes com hipertensão arterial. Foram escolhidos os pacientes hipertensos de 15 e mais anos, pertencentes à área de abrangência e que aceitaram participar. Para o desenvolvimento do plano de intervenção propostas algumas ações e para concretizar o trabalho, haverá atendimentos específicos aos pacientes hipertensos que inclui o atendimento médico, atividades variadas e grupos operativos, as quais serão organizadas em 4 etapas. Com este projeto esperamos transformar estilos de vida e fatores de riscos diminuindo complicações fatais para a vida, incrementando a percepção de riscos pelos conhecimentos adquiridos logrando melhor controle da hipertensão arterial.

Descritores: Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT); Hipertensão (HA) Arterial; Fatores de Riscos (FR).

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	5
1.1	Situação Problema	6
1.2	Justificativa	6
1.3	Objetivos	7
	Objetivo Geral	7
	Objetivo Específico	7
2.	REVISÃO DE LITERATURA	8
3.	METODOLOGIA	10
3.1	Desenho da Operação	10
3.2	Público-alvo	10
3.3	Parcerias Estabelecidas	12
3.4	Recursos Necessários	12
3.5	Orçamento	13
3.6	Cronograma de Execução	13
3.7	Resultados Esperados	14
3.8	Avaliação	14
4.	CONCLUSÃO	14
5.	REFERÊNCIAS	15

1.INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam uma ameaça para a saúde e desenvolvimento de todas as nações. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima em cerca de 36 milhões as mortes anuais por esse grupo de doenças, cujas taxas de mortalidade já são muito mais elevadas nos países de baixa e média renda.

A hipertensão é a mais frequente das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e o principal fator de risco para complicações cardiovasculares como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.

Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, têm forte repercussão sobre o padrão de morbimortalidade.

De acordo com a Organização Panamericana da Saúde nos próximos dez anos, haverá 20,7 milhões de mortes por doenças cardiovasculares, dos quais 2,4 milhões serão atribuíveis a hipertensão arterial, estima-se que na América Latina e no Caribe a prevalência varia entre 8% e 30%.

No Brasil o quadro das DCNT é de magnitude semelhante, correspondendo a 72% da mortalidade total no país em 2007, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram a primeira causa de hospitalização no setor público, e responderam por 17% das internações.

A alta morbimortalidade associada à hipertensão demanda estratégias de promoção da saúde e a detecção de grupos de risco para intervenções preventivas. No Brasil, políticas e estratégias para seu controle vêm possibilitando a integração de ações preventivas na atenção básica à saúde.

O Programa Saúde da Família (PSF) criou condições para a construção de um novo modelo assistencial em que a atenção à saúde está focalizada na família e na comunidade, utilizando práticas que visam estabelecer novas relações entre profissionais de saúde, indivíduos, suas famílias e comunidade.

A educação em saúde é considerada, atualmente, uma prática intrínseca ao projeto assistencial em todos os níveis de atenção à saúde, pois possibilita a organização de estratégias individuais e coletivas para o enfrentamento de problemas no processo saúde- doença.

1.1 Situação-problema

Após a realização do diagnóstico situacional do território estudado foi possível identificar e definir os principais problemas encontrados nessa área de abrangência.

O problema de maior relevância na equipe 025 do posto de saúde Guaxindiba foi a alta incidência de paciente com hipertensão arterial, assim como fatores de riscos para complicações próprias da doença.

Na minha comunidade de atuação a hipertensão é a principal doença crônica responsável pelo maior número de consultas e gasto em medicamentos. De acordo com os dados da equipe, no momento apresentamos 343 hipertensos cadastrados representando um 13. 19 % da população cadastrada e destes, a maior parte não tem adesão ao tratamento, não está em conformidade com a dieta, ou com a prática de exercícios físicos, além da existência de fatores de riscos como obesidade, sedentarismo, tabagismo e maus hábitos alimentares, aliado a falta de conhecimento sobre a doença e suas complicações, o que dificulta o controle da mesma.

1.2 Justificativa

Este estudo tem sua justificativa devido à relevância epidemiológica da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na área de abrangência da UBSF de Guaxindiba; à importância da hipertensão arterial na morbimortalidade da população acima dos 15 anos com impacto negativo na qualidade e expectativa de vida; o elevado número de complicações cardiovasculares acarretado pelo tratamento inadequado dessa doença e à importância da estratégia de Saúde da Família na prevenção e controle da hipertensão arterial; pelo qual vislumbramos o projeto de intervenção pautado no planejamento de ações para o melhor controle da doença e pela carência de estudos que implementem ações de esse tipo e a possibilidade de contribuir na atenção ao paciente hipertenso no nível primário de atenção.

1.3 Objetivos

- Objetivo geral

Propor um plano de ação que possibilite a modificação dos fatores de risco dos pacientes com hipertensão arterial, na unidade de saúde Guaxindiba em Aracruz- ES.

- Objetivos específicos

- 1 Identificar os fatores de risco dos pacientes com Hipertensão Arterial na comunidade de Guaxindiba.
- 2 Fazer acompanhamento todos pacientes com Hipertensão Arterial com relação aos protocolos estabelecidos pelo SUS.
- 3 Verificar o nível de conhecimento dos pacientes dos fatores de risco da Hipertensão Arterial.
- 4 Estimular adesão ao tratamento e modificação de estilos de vida por meio da formação de grupos com atividades educativas entre profissionais de saúde e usuários hipertensos.

1. REVISÃO DE LITERATURA

HIPERTENSÃO ARTERIAL. CONCEITO. CONCEITO

A Organização Mundial da Saúde definiu, em 1978, a hipertensão arterial como sendo “uma doença caracterizada por uma elevação crônica da pressão arterial sistólica e/ou pressão arterial diastólica”. Para se considerar um adulto como hipertenso, ao menos três medidas de PA feitas em ao menos duas ocasiões diferentes, sob condições padronizadas, exceto em casos de emergência. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978)

Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição clínica caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial $\geq 140/90$ mmHg. Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos - alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2014)

Fatores de risco

Em relação à herança da doença, as evidências apontam para a agregação familiar dos casos, ao menos em parentes de primeiro grau. A PA é influenciada por fatores ambientais e genéticos e pela interação desses fatores, e, por isso, a HA é considerada uma doença complexa e multifatorial (GIL; LOPES, 2009; VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Um outro ponto a considerar em relação à etiologia da HA primária é o que se refere ao Grupo Étnico das populações estudadas. No Brasil, a prevalência de hipertensão arterial tem se mostrado maior em negros do que em mulatos, e nestes, maior do que em brancos (ALVES et al., 2009; BRASIL, 2006)

Quanto à Idade, a PA é, na maioria das populações, mais baixa no nascimento, crescendo subsequentemente durante toda a vida do indivíduo, para a PAS continuamente, e para a PAD subindo até a quinta década para homens, e até a sexta década para mulheres, declinando daí por diante. A idade relaciona-se diretamente com a HAS de modo que a prevalência desta eleva com o aumento da idade. (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010). Em indivíduos com idade acima de 65 anos a prevalência de HAS é superior a 60% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; OLIVEIRA et al., 2008).

A ingestão de altas concentrações de sal também constitui um fator de risco. Um estudo realizado nos Estados Unidos envolvendo a dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) com diferentes valores de sal, demonstrou claramente a importância da redução do sal na melhora do controle da PA de pacientes hipertensos. Nota-se, em geral, uma resposta maior da PA, em relação ao sal, em pacientes hipertensos de raça negra, indivíduos de meia-idade e idosos, pacientes com hipertensão e diabetes ou com função renal comprometida (GIL; LOPES, 2009).

A obesidade, principalmente a adiposidade visceral, é uma pandemia que acomete tanto populações de países hegemônicos como daqueles em desenvolvimento, inclusive o Brasil. Estima-se que 20% a 30% da prevalência da HA podem ser explicadas pela presença do excesso de peso. As consequências da obesidade são várias: as alterações metabólicas, a HA e o desfecho dessa associação que são as doenças cardiovasculares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Quanto ao uso de Álcool tem-se mostrado que um consumo excessivo de álcool está associado com maior prevalência de hipertensão (BRASIL, 2006; VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010)

Em relação ao tabagismo, diversos estudos na literatura têm falhado em mostrar associações consistentes entre o hábito de fumar e a prevalência de hipertensão arterial os fumantes têm maior chance de evoluir para formas malignas da doença. A HA associada ao tabagismo aumenta o risco de doenças cardiovasculares (OLIVEIRA; MARTINS; FREITAS, 2011). A nicotina pode ainda aumentar a PA diretamente por aumento do tônus do músculo liso vascular ou por aumento da vasopressina.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A prevalência de hipertensão em diabéticos é pelo menos duas vezes maior do que na população em geral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Sabe-se que o controle do peso e a promoção da saúde propiciada pela atividade física podem ser benéficos no tratamento da HA, além de ajudar a reduzir o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares. Indivíduos sedentários apresentam risco 30% maior de desenvolver HA que os ativos. Os exercícios aeróbicos são mais efetivos em reduzir os níveis da PA em hipertensos, seus benefícios estão relacionados à melhora do desempenho

metabólico muscular, redução da disfunção endotelial, melhora das anormalidades neuro-hormonais e redução da resistência à insulina. A recomendação da atividade física baseia-se na frequência, duração, intensidade e modo de realização. Aos hipertensos é recomendado o tempo de pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana de forma contínua ou acumulada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

2. METODOLOGIA

Este trabalho será um projeto de intervenção, cuja atenção será proporcionar um plano de ação para possibilitar à modificação de fatores de risco em pacientes hipertensos e para a sua realização serão desenvolvidas as seguintes etapas descritas abaixo:

2.1 Público-alvo

O projeto será realizado nos pacientes com hipertensão, que recebem cuidados médicos nesta unidade de saúde, e que estão cadastrados como Hipertensão Arterial Essencial, pertencentes à área de abrangência da equipe 025 da Unidade Básica de Saúde (UBS) Guaxindiba, do município de Aracruz seguindo para a seleção da amostra de estudo, os seguintes critérios:

Critérios de inclusão:

- 1- Paciente hipertensão essencial acima de 15 anos e mais, pertencentes à área de abrangência da equipe.
- 2- Adequada capacidade física e mental

Critérios de exclusão:

- 1- Pacientes que não desejam ser parte da investigação.
- 2 - Não cumprimento dos critérios de inclusão acima mencionados.

A equipe de ESF apresenta uma população cadastrada de 2600, das quais são 1454 do sexo feminino e 1146 do sexo masculino, com 844 famílias. Com uma população adulta de 1508, segundo faixa etária com população igual ou maior de sessenta anos de 480. Temos um total de 343 (13.19 %) hipertensão todos dentro da faixa etária de quinze anos e mais.

2.2 Desenho da operação

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional – PES além de uma revisão narrativa

da literatura sobre o tema e após realizar o diagnóstico situacional e conhecer o território estudado, serão propostas algumas intervenções a fim de garantir a melhoria no atendimento aos pacientes com essa doença.

Para a construção deste projeto serão utilizados trabalhos científicos encontrados nas bases de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Rio de Janeiro, dentre outros. Os artigos que se encontram nessas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas serão selecionados conforme sua relevância e coerência com o assunto proposto. O trabalho vai contar com a participação dos profissionais de saúde da equipe, profissionais da equipe multidisciplinar 025 da Unidade Básica de Saúde Guaxindiba e a população hipertensa da área de abrangência.

Para concretizar o trabalho, teremos uma agenda aos pacientes hipertensos que inclui o atendimento médico, atividades variadas e grupos operativos, as quais serão organizadas em diferentes etapas:

Primeira etapa: Selecionar a população objeto de estudo: todos os pacientes com hipertensão acima dos 15 anos cadastrados na unidade e que querem participar; os ACS serão orientados sobre a importância do projeto de intervenção e receberam orientações nas reuniões da equipe durante todo o mês de janeiro sobre objetivo do projeto, garantindo o comprometimento com o projeto para melhor organização e finalidade do trabalho.

Segunda etapa: Convocar à população de estudo a través dos ACS para uma reunião na unidade de saúde para melhor descrição do objetivo e a importância do projeto.

Terceira etapa: Agendamento de consultas individuais para identificar fatores de riscos, complicações, o nível de conhecimento sobre a doença, e adesão ao tratamento. Dados serão recolhidos através de um questionário; permitindo avaliar o grau de percepção de risco destes pacientes frente a estas doenças.

Quarta etapa: Serão realizados os encontros semanais, na Unidade de Saúde ou na Igreja Católica do bairro; os profissionais da saúde(médico e enfermeira da equipe) realizarem aulas, nas quais, serão discutidos vários temas, finalizando cada encontro será feito um breve resumo precisando os

aspectos essenciais, dúvidas, enfatizando a divulgação dos conhecimentos recebidos, além de sensibilizar estes pacientes para toma de decisões nas mudanças no estilo de vida; aplicação de técnicas participativas (rodas de conversa, troca de vivências entre os participantes) e realização de atividade física 2 vezes por semana com o educador físico.

2.3 Parcerias Estabelecidas

Para a realização desse projeto de intervenção será preciso articular parceria entre unidade básica de saúde e centro de referência secundária, garantindo a realização de alguns exames; assim como com a secretaria de saúde do município, para elevar a cobertura de atendimentos e fazer adequação da agenda do médico e da enfermeira. Também é preciso estabelecer parcerias com a secretaria de esporte como fim de garantir a presença do educador físico para realização de atividades físicas propostas.

2.4 Recursos Necessários

O trabalho será realizado com a equipe multidisciplinar, incluindo médico (1), enfermeira (1), técnica de enfermagem(1) e ACS (8).

A intervenção será a educação para a saúde e nos servirá de ajuda os Cadernos de saúde disponibilizados pelo Ministério da Saúde ideais para abordar o assunto entre os pacientes e profissionais.

Material:

Recursos	Quantidade
Calculadora	1
Laptop de marca Dell	1
Resma de papel do tipo A 4	2
Impressora a laser	1
Canetas	50
Cadernos	3

2.5 Orçamento

Recursos	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Calculadora	1	40,00	40,00
Esfigmomanômetro	1	50,00	50,00
Resma de papel do tipo A 4	2	14.60	29.20
Cartucho preto impressora EPSON	2	26,00	52,00
Canetas caixa de 50 unidades	1	25,00	25,00
Total			196,20

2.6 Cronograma de execução

Atividades	Dezembro 2014	Janeiro 2015	Fevereiro 2015	Março 2015	Abril 2015	Maio 2015
Elaboração do projeto	X					
Seleção da população objeto de estudo	X					
Treinamento das ACS		X				
Consultas individuais.		X	X			
Encontros semanais (aulas, rodas de conversa, técnicas participativas, atividade física)			X semanal	X semanal	X semanal	
Revisão do referencial teórico	X	X	X	X	X	
Implantação do projeto			X	X	X	
Análise dos resultados					X	
Divulgação dos resultados					X	
Entrega do informe final						X
Apresentação e discussão						X

2.7 Resultados esperados

Com este projeto esperamos propor um plano de ação que permita que nossa população de estudo transforme estilos de vida e fatores de riscos para assim diminuir complicações fatais para a vida, incrementar a percepção dos riscos através dos conhecimentos adquiridos logrando um melhor o controle da hipertensão arterial.

2.8 Avaliação

Nos encontros os participantes poderem expressar seus pontos de vista, experiências vividas com o grupo, aspectos positivos e negativos vivenciados com a intervenção, para avaliação constante da efetividade do projeto pela equipe.

Será aplicado um questionário depois de realizadas todas as atividades educativas que possibilitará avaliar os conhecimentos adquiridos e o impacto do projeto.

3.CONCLUSÃO

Este projeto pode gerar uma nova visão no manejo do paciente hipertenso na prática diária, rompendo o esquema existente de que só o atendimento individual resolve o problema; implementando assim ações de promoção e prevenção em saúde que permitam modificação de estilos de vida e melhor controle de doenças crônicas não transmissíveis, as quais, tem tendência a se incrementar com o passo dos anos.

REFERÊNCIAS

1. ALBARRACÍN, D. G. E. Saúde e doença na Enfermagem: entre o senso comum e o bom senso. Goiânia: Editora AB, 2002.
2. ALVES, M. G. M.; CHOR, D. FAERSTEIN, E. et al. Estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estudo Pró-Saúde. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 893-896, 2009.
3. BEEVERS, D. G. & MACGREGOR, G. A. Hypertension in practice. London, Martin Dunitz, 1987.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. Brasília, 2006.
5. BRASIL.Ministerio da Saúde.Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica.Caderno de Atenção Básica nº 37, p. 19. Brasilia,2014.
6. GIL, J. S.; LOPES, H. F. Estratégias para a perda de peso e sua manutenção a longo prazo. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 12, n. 1, p. 33-35, 2009.
7. Lima e Costa MFF, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS* 2000;9(1):23-41.
8. Malta DC, Moraes Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2011; 20(4):425-438.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acessado em 17 jun. 2012.] Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_espanhol.pdf
10. OLIVEIRA, L. M. M., MARTINS, A. G.; FREITAS, D. A. Hipertensão arterial: uma realidade a ser enfrentada. *EFDeportes.com, Revista*

- Digital*. Buenos Aires, ano 16, n.161, 2011.
<http://www.efdeportes.com/efd161/hipertensao-arterial-uma-realidade-a-ser-enfrentada.htm>
11. OLIVEIRA, S. M. J. V.; SANTOS, J. L. F.; LEBRÃO, M. L. et al. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 241-249, 2008.
 12. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RM. Prevalence of diabetes and hypertension based on self-reported morbidity survey, Brazil, 2006. *Revista de Saúde Pública*. 2009; 43 Suppl 2:S74-82.
 13. Vereador, M. H.: "faz controle da pressão arterial requer uma revolução de estilo cubano", *jornal de hipertensão*, 24:811-812, 2006.
 14. VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 95, n.1, 2010. Suplemento 1.
 15. World Health Organization . Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.